

NOTIFICACION DE ACCION - DESCONTINUACION DEBIDO AL USO DE LA CUENTA RESTRINGIDA

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
 Nombre del caso : _____
 Número : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌ _____
 │
 │
 │
 └ _____

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el Condado discontinuará la asistencia monetaria proveniente de Kin-GAP (Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor) para _____ hasta _____.

La razón es la siguiente:

- El niño obtuvo dinero de su cuenta restringida. Entonces, antes de que pasaran 30 días a partir de la fecha en que el niño obtuvo el dinero, él o ella:
 - no utilizó el dinero en un gasto permitido.
 - no devolvió a la cuenta el dinero que no utilizó para el gasto permitido.
 - no le proporcionó al Condado pruebas de la cantidad de dinero que sacó de la cuenta.
 - no le proporcionó al Condado pruebas de cuál era el saldo de la cuenta antes que sacara el dinero.
 - no le proporcionó al Condado pruebas de cómo utilizó el dinero.

Si alguna de las casillas que aparecen arriba está marcada, es debido a que usted se retrasó o no cumplió con una fecha límite. Para que esta acción del Condado deje de estar en vigor (y que la asistencia monetaria para su niño proveniente de Kin-GAP vuelva a comenzar antes de que el período de tiempo termine), tiene que comprobarle al Condado que tenía un motivo justificado para su retraso. Avísele a su trabajador inmediatamente.

- El niño obtuvo dinero de su cuenta restringida y gastó todo o parte del dinero en algo que no estaba permitido.
- El interés se pagó en la cuenta restringida del niño.

(INFORMACION SOLO PARA EL TRABAJADOR)

INSTRUCTIONS: Use to discontinue Kin-GAP cash aid and apply penalty period when there has been misuse of a restricted account. Fill in the effective date of the discontinuance. Fill in the Kin-GAP child's name. Fill in the date of the end of the period of ineligibility. Check the applicable box(es). Print the computation on the right hand side of the NA 290 and fill in the computation section.

1. Total de la cuenta (o cuentas) restringida	\$ _____
2. Gastos permitidos	- _____
3. Subtotal	= _____
4. Necesidades básicas, _____ personas	\$ _____
5. Necesidades especiales	+ _____
6. Subtotal de necesidades básicas	= _____
7. Período de meses	= _____

Es posible que el niño continúe recibiendo beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) aún si la asistencia monetaria proveniente de Kin-GAP se discontinúa.

Por favor complete y envíe el formulario adjunto sobre el Medi-Cal de transición (*Transitional Medi-Cal - TMC*).